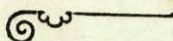


VOL-  
CLXXIV

I.

Armando Carlos de Souza Babo



(1741)

# A syphilis do aparelho digestivo

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

JANEIRO—1919



174/1 FMT

PÔRTO

Emprêsa Gráfica A UNIVERSAL  
111, Rua Duque de Loulé, 131

1919

# Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETARIO

Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

## Professores Ordinarios:

|  |  |
|--|--|
| Augusto Henriques de Almeida Brandão   | Anatomia pathologica   |
| Candido Augusto Correia de Pinho. .    | Clínica e polyclínica obstétricas  |
| Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos .   | Historia da medicina. Deontologia medica                                 |
| João Lopes da Silva Martins Junior . . | Hygiene  |
| Alberto Pereira Pinto de Aguiar . . .  | Pathologia geral   |
| Carlos Alberto de Lima . . . . .       | Pathologia e therapeutica cirurgicas                                     |
| Luiz de Freitas Viegas . . . . .       | Dermatologia e syphilagraphia  |
| José Dias de Almeida Junior . . . . .  | Pediatria  |
| José Alfredo Mendes de Magalhães . .   | Therapeutica geral e hycologia medica                                    |
| Antonio Joaquim de Souza Junior. . .   | Medicina operatoria e pequena cirurgia                                   |
| Thiago Augusto de Almeida . . . . .    | Clínica e polyclínica medicas  |
| Joaquim Alberto Pires de Lima . . . .  | Anatomia descriptiva   |
| José de Oliveira Lima. . . . .         | Farmacologia.  |
| Alvaro Teixeira Bastos . . . . .       | Clínica e polyclínica cirurgicas   |
| Antonio de Sousa Magalhães e Lemos     | Psychiatria e psychiatria forense  |
| Manoel Lourenço Gomes. . . . .         | Medicina legal   |
| Abel de Lima Salazar. . . . .          | Histologia e embryologia   |
| Antonio d'Almeida Garret . . . . .     | Physiologia geral e especial   |
| Alfredo da Rocha Pereira . . . . .     | Pathiologia e therapeutica medicas. Cli-<br>nica das doenças infecciosas |

VAGA

## Professores Jubilados:

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

---

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 de Abril de 1840, artigo 155).



Tese N.º .....

Série .....

O Lente Secretário,

Teixeira Bastos.

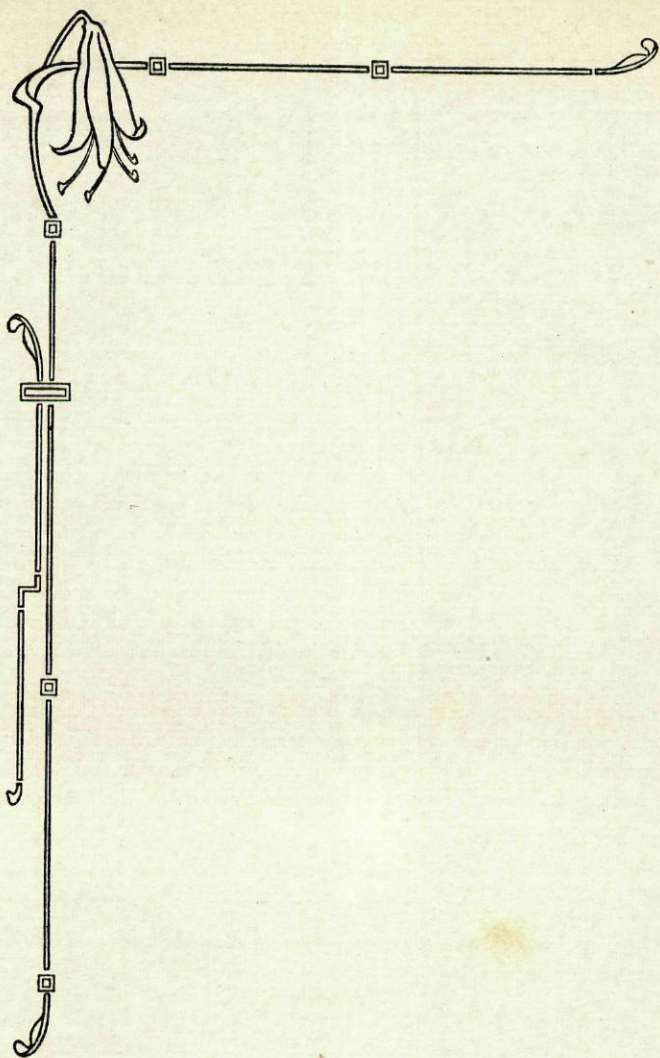
AO EX.<sup>mo</sup> SR.

Prof. Dr. Thiago Augusto d'Almeida

MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

A homenagem do mais profundo  
respeito  
e sincera gratidão





# PROLOGO

## Variabilidade das manifestações syphiliticas e sua importancia para a clinica.

*Entre as doenças que mais perseguem a humanidade, conta-se a syphilis. Adquirida ou herdada, ella invade a sociedade duma forma crescente e nos grandes centros, duma maneira quasi geral. Causa-lhe estragos enormes e nesse ponto rivalisa com a tuberculose, um dos flagellos mais temiveis da vida.*

*A's vezes dum modo bem obscuro, ella introduz-se num organismo e traiçoeiramente faz vacillar a vida da sua victima, ou manifestando-se num dos periodos avançados, ou simulando doenças varias que a vão levando pacientemente ao grau em que o mal se torna incuravel. E' de estranhar que a sociedade, vendo tão patentes os destroços causados por este terrivel inimigo, não una fileiras numa prophylaxia intensa em sua defeza.*

*E' tambem a syphilis das doenças a que maior variedade de manifestações apresenta, pela sua innumeravel serie de symptomas e ainda, gerando lesões que sob formas muito diversas e com maior ou menor gravidade, podem atacar todos os systemas da economia.*

*Desde o periodo primario até ao periodo parasyphilitico, a syphilis, afastando-se por vezes do seu caminho morbifico, apresenta verdadeiros obstaculos clinicos que sem uma attenção minuciosa e tenaz, se não podem transpôr. E por isso eu creio que insucessos se tem dado em formas insidiosas de appareci-*



mento desta doença que demanda uma observação aturada e perscrutadora.

Seria inutil vir aqui fazer uma descripção da syphilis, em modesto trabalho dum humilde aprendiz de medicina, aliaz conhecida de todos os clinicos e tão bem descripta por notaveis syphilistas.

E' minha intenção somente nesta parte, lembrar a importancia que a syphilis deve merecer ao clinico, pela variabilidade das suas manifestações e por poder ainda até, simular outras doenças.

Assim o cancro duro tem as suas differenças: Logo no inicio, conforme o numero, pode ser: unico, multiplo ou confluyente; segundo a extensão, grande ou pequeno; segundo a forma, erosivo, exulceroso, ulceroso, papuloso, hypertrophico; segundo a côr, vermelho, vermelho nos bordos e de fundo cinzento, o centro vermelho, uma zona media amarellada e uma excentrica com barra vermelha; a gravidez e sobretudo a adiantada, torna-o livido e ás vezes violeta; a côr é ainda alterada por topicos, torna-se branco com o chumbo, azulado, com o cobre, etc.; segundo a séde, podem ser genitales, perigenitales e extragenitales.

Nas manifestações secundarias, bastam as da pelle (syphilides cutaneas) para a diversidade de formas que pode

tomar. Fournier dá ás syphilides cutaneas 8 typos com diferentes variedades.

Podem ser:

| Typos                          | Variedades                               |
|--------------------------------|--|
| <i>Vesiculosas</i> . . . . .   | <i>Herpetiforme</i>                      |
| <i>Papulosas</i> . . . . .     | { <i>Papulosa</i>                        |
|                                | { <i>Papulo-crostosa</i>                 |
|                                | > <i>-escamosa</i>                       |
|                                | > <i>-erosiva</i>                        |
| <i>Erithematosas</i> . . . . . | { <i>De retorno</i>                      |
|                                | { <i>Circinada</i>                       |
| <i>Escamosas</i> . . . . .     | <i>Pityriasiforme</i>                    |
| <i>Pustulosas</i> . . . . .    | { <i>Acneiforme</i>                      |
|                                | { <i>Impetiginosa</i>                    |
|                                | { <i>Echymatosa</i> { <i>Superficial</i> |
|                                | { <i>Profunda</i>                        |
| <i>Bulbosas</i> . . . . .      | { <i>Pemphigo</i>                        |
|                                | { <i>Rupia</i>                           |
| <i>Maculosas</i> . . . . .     | { <i>Pigmentar</i>                       |
|                                | { <i>Ephelica</i>                        |
| <i>Gommosas</i> . . . . .      |  |



*Póde a syphilis secundaria e ainda a terciaria manifestar-se em todos os órgãos muito diversamente, como sejam: osteites e periosteites, exostoses, arthrites, myosites, tenosites (rheumatismo syphilitico), nephrites, esplenomegalias, e as affecções do apparelho respiratorio, chegando a dar a mais intima confusão com a tuberculose pulmonar.*

*A syphilis pulmonar é propria do terciarismo e muito frequente, quando hereditaria; tem os mesmos symptomas da tuberculose pulmonar, caso este que concorre para que o diagnostico seja muito difficil, devendo-se attender portanto a um certo numero de factos que podem revelar a existencia da syphilis, apresentados pelo snr. professor dr. Thiago d'Almeida numa lição clinica, como:*

- 1— Ausencia da temperatura;*
- 2— Manutenção do appetite;*
- 3— Perturbações da larynge;*
- 4— Fócos multiplos pulmonares;*
- 5— Ganglios.*

*Devo destacar tambem a febre syphilitica, que é variavel e tem chegado a apresentar o quadro completo duma febre typhoide (typhose syphylitica).*

*Os órgãos dos sentidos são frequentemente attingidos.*

*Contudo a syphilis tem uma tendencia especial para ata-*

car o *apparelho cardio-vascular* e o *systema nervoso*. No *systema nervoso* póde até a *syphilis* atacar logo d'entrada. — *Apparecem variadissimas formas* — *cephaleias*, *insonias*, *asthenia nervosa*, *nevralgias (sciatica)*; *nevrites* e *polynevrites secundarias*; *analgesia secundaria*; *tremulos musculares*; o despertar de *nevroses anteriores*; *hysteria* e *epilepsia*; *nevroses do sympathico* (*sensação geral de frio*). Uma forma muito importante é a *meningite syphilitica*. O snr. prof. Thiago d'Almeida apresentou a seguinte *classificação* para as *meningites syphiliticas*:

— *Agudas* — *propria do periodo secundario*, podendo *apparecer tambem no terciario*, como ainda este anno se verificou no curso de *clinica medica*.

— *Chronicas* — *no periodo terciario*.

— *Meningo-myelites* — *acompanham as myelites syphiliticas*.

— *Meningites latentes* — *quando veem de muito longe*.

— *Parasyphiliticas* — *acompanham o tabes e a paralyisia geral*.

— *Meningo-recidivas* — *São consecutivas á intensificação do tratamento*.

E' principalmente das *manifestações cardio-vasculares e nervosas* que deve resaltar toda a *importancia da syphilis*, nunca desprezando as *manifestações nervosas dos primeiros*



*tempos, predisposição especial ao tabes e paralysia geral, lesões já irreductiveis.*

*São duma importancia extraordinaria as manifestações syphiliticas do apparelho digestivo, quer pela sua frequencia, quer pela variabilidade que apresentam. Estes dois factos levaram o meu esforço a tentar destacar na clinica geral mais este quadro morbido, recahindo de preferencia a minha attenção sobre as gastrites, hoje muito frequentes, cuja etiologia facilmente se póde occultar na pathologia geral das doenças d'estomago e as quaes reservo para um capitulo á parte, juntando-lhe sete observações que pude colher no curso da clinica medica (917-918) onde se podem observar alguns factos que concorrem para o seu diagnostico.*

## CAPITULO I

### **Manifestações syphiliticas do tubo digestivo**

Como disse, tratarei sómente neste capitulo das manifestações syphiliticas do tubo digestivo, com excepção das do estomago que farão o objecto do capitulo seguinte e especial deste trabalho.

Algumas partes do aparelho digestivo são affectadas em todos os periodos da syphilis, outras só em alguns. Dos annexos, merece uma menção especial o figado que é particularmente attingido.

### **Cavidade bucco-pharyngia**

#### **Manifestações primarias**

Nesta parte do tubo digestivo, o cancro duro pôde enxertar-se: *nos labios, lingua, gengivas, veu palatino, pilares, amigdalas e pharynge.*



O contagio directo ou indirecto é a causa da contaminação do virus syphilitico.

Dos labios, é o inferior o mais attingido e o cancro pode tomar as seguintes formas:

— *crosva* :

— *crostosa* — quando uma crosta, ás vezes dura e bem adherente, cobre o cancro;

— *papulosa* — quando o cancro forma uma saliencia, ás vezes proeminente como um mamillo;

— *papulo-hypertrophica* — forma rara em que o cancro é muito exuberante em volume, saliencia e endurecimento, simulando um neoplasma;

— *ulcerosa* — de fundo cavado e bordos salientes; ás vezes associa-se ao typo hypertrophico, ou toma a forma crostosa;

— *phagedenica* — forma excepcional, destruindo uma grande porção dum labio ou o labio todo;

— *fissuraria* ou em *rhagada* — quando o cancro duro se enxerta numa commissura ou num sulco normal ou pathologico.

Os cancros duros labiaes são susceptiveis de conduzir a erros, confundindo-se com epitheliomas, sobretudo a *forma crostosa* e principalmente a *papulo-hypertrophica*.

Fournier dá os seguintes caracteres para o diagnostico differencial:

**Cancro duro labial**

**Epithelioma labial**

#### SIGNAES DE PRESUMPÇÃO

Mais comum na juventude.

Quasi exclusivo da idade madura.

## SINAES DE PROBABILIDADE

- |   |  |
|---|--|
| 1—Superfície lisa, igual, tensa, ás vezes luzidia.<br>2—Não tem bordos.<br>3—Superfície não sangrenta, nem á pressão, nem á raspagem.<br>4—Adenopathia inicial, attingindo o seu apogeu na 2. <sup>a</sup> ou 3. <sup>a</sup> semana. | 1—Superfície desigual, irregular, rasgada: ás vezes excrescencias vegetantes.<br>2—Bordos elevados, espessos, pendentes, destruidos.<br>3—Sangria quasi caracteristica ao menor contacto.<br>4—Não tem adenopathia no principio; constitue-se pelo 4. <sup>o</sup> ou 5. <sup>o</sup> mez. |
|---|--|

## SINAES DE CERTEZA

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1—Evolução rapida, precipitada.<br>2—Explosão secundaria. | 1—Evolução lenta, torpida. |
|---|----------------------------|

A adenopathia acompanha logo d'entrada o cancro duro e em regra não toma o character inflammatorio. E' constituida por varios ganglios, augmentados de volume e pouco dolorosos ou pelo sua reunião e fusão, formando um só tumor, lembrando o adenophleimão, com dôres espontaneas e á pressão, e tendendo á suppuração (monoadenite aguda).

—Na lingua, o cancro duro enxerta-se d'ordinario no terço anterior. Tem quatro formas:

- *a erosiva* — simples ulceração da mucosa;
- *a ulcerosa* — ulceração extensa, acompanhada dum endurecimento;
- *a fissuraria* — em fôrma de fenda nascida num sulco normal ou pathologico;
- *a esclerosa* — apparece na extremidade da lingua, formando um blóco neoplasico duro e renitente. Determina dôres, difficuldade de movimentos, de mastigação, etc.

Raras vezes o cancro duro da lingua se complica de



phagedenismo. Acompanha-se de adenopathia como o dos labios.

Tambem pôde ser confundido com o epithelioma e os caracteres differenciaes são os mesmos que os estabelecidos para os labios. Mas outras lesões ha cujo diagnostico pôde levar a erros.

São:

—*a glossite dentaria ulcerosa*— neste caso o diagnostico não deve ser posto, sem se examinar os dentes fronteiros á ulceração; a adenopathia tambem costuma faltar nesta afecção;

—*a ulcera tuberculosa*— Esta pôde-se confundir com a forma ulcerosa do cancro duro, sobretudo quando se endurece por qualquer motivo e é acompanhada de ganglios.

Fournier dá como caracteres differenciaes, os seguintes:

#### Ulcera tuberculosa

#### Cancro duro ulceroso

#### SIGNAES DE PRESUMPÇÃO

- |   |  |
|---|--|
| <p>1—Antecedentes ou signaes actuaes de tuberculose.</p> <p>2—Séde possivel da lesão na parte inferior da lingua.</p> <p>3—Multiplicidade possivel de lesões.</p> <p>4—Extensão ás vezes notavel.</p> <p>5—Ulceração ás vezes cavada, te-rebrante, podendo ir até desnudar o tecido muscular.</p> | <p>1—Nenhuns antecedentes tubercu-los, excepto coincidencia.</p> <p>2—Cancro excepcional na face infe-rior da lingua.</p> <p>3—Quasi sempre unico.</p> <p>4—Quasi sempre de extensão res-trica.</p> <p>5—Nunca passa a derme mucosa.</p> |
|---|--|

## SIGNAES DE PROBABILIDADE

- |   |  |
|---|--|
| <p>1—Contorno muitas vezes irregular, sinuoso, atypico, amorpho.</p> <p>2—Bordos geralmente talhados fazendo aresta, algumas vezes descollados, fluctuantes.</p> <p>3—Fundo desigual, accidentado, amarellado.</p> <p>4—Base molle.</p> <p>5—Perturbações funcionaes mais ou menos accentuadas, algumas vezes intensas, dôr continua exacerbada ao contacto dos alimentos ou saliva (ulcera erethica não tolerada).</p> | <p>1—Contorno regular, correcto, muitas vezes geometricamente redondo ou ovalar.</p> <p>2—Nunca tem os bordos talhados a pique, nem descollados.</p> <p>3—Fundo igual, liso, unido, vermelho ou acinzentado.</p> <p>4—Base dura.</p> <p>5—Poucas ou nenhuma perturbações funcionaes (ulcera tolerada).</p> |
|---|--|

## SIGNAES DE CERTEZA

- |  |   |
|--|---|
| <p>1—Pontos amarellos de Trélat e raramente, nodulos de Féréol.</p> <p>2—Productos de raspagem contendo ou podendo conter bacillos de Koch.</p> <p>3—Inoculação nos animaes, determinando ou não contaminação tuberculosa.</p> | <p>Explosão ou não das manifestações secundarias.</p> |
|--|---|

— A gengiva é muito raras vezes ninho do cancro duro. Quando aqui apparece, é sempre unico e tem por séde habitual a face externa á altura do collo do dente.

Póde tomar duas formas:

— *a erosiva* — erosão nitida, circumscripta, lisa e de côr vermelha;

— na outra forma, perde o aspecto de cancro e complica-se de periostite alveolo-dentaria.

— No veu palatino e pilares é excepcional o cancro duro. Toma uma côr vermelha e um aspecto arredondado ou ova-



lar e é acompanhado de adenopathia, signal mais certo da sua existencia.

— O cancro duro da amygdala tem muita importancia pelas formas que pode tomar, enganando frequentemente. E' comum. E' unico e quasi sempre um pouco extenso; póde ser arredondado, mas a maior parte das vezes é ovalar.

E' caracterisado a principio, por uma sensibilidade especial na garganta que pouco a pouco toma o character duma dôr que depois vai crescendo. Esta dôr tem como particularidades, o seguinte: o ser *unilateral* e *persistente*.

Póde tomar tres formas clinicas e duas variedades.

#### FORMAS CLINICAS

*Erosiva* — forma mais comum, consistindo numa simples erosão, de extensão crescente, mas nunca sendo muito grande, com irregularidades e anfractuosidades, de côr acinzentada, opalina ou vermelha, ou alternando entre cinzento e vermelho. Acompanha-se de adenopathia e endurecimento que ás vezes se estende a toda a amygdala. Outras vezes, este endurecimento é difficil de perceber.

*Ulcerosa* — Ulceração ás vezes consideravel; póde tomar uma côr vermelho escuro, acinzentada, amarellada, ou cinzento sujo ou fundo vinoso com pontos amarellos, acinzentados ou brancos e uma dureza que ás vezes se estende a toda a amygdala. Determina uma dôr anginosa com dysphagia. A amygdala é mais volumosa e turgida.

*Anginosa* — E' a menos comum, mas a mais importante, em virtude de tomar o aspecto duma amygdalite, pela sua symptomatologia.

Apresenta: rubor, dureza e tumefacção ás vezes consideravel, avançando até á linha media; dôres locais, dysphagia, ás vezes ligeira voz nasal; perturbações geraes como: mal estar, lassidão, inapetencia, estado saburral, reacção febril, etc.



O cancro duro neste caso, fica mascarado pelos exsudatos e d'ahi a possivel confusão.

#### VARIEDADES

*Dipheteroide* — em que ha um exsudato que pelos seus caracteres, faz lembrar a angina branca, acompanhando-se tambem de perturbações geraes.

*Gangrenosa* — é excepcional.

Apresenta: pequenas placas esphacelicas, côr carregada ou suja, fetidez especial do halito, tumefacção consideravel da amygdala, rubor muito vivo; dysphagia muito accentuada, alteração da voz; arrepios, febre, mal estar, lassidão, inappetencia, ás vezes uma adynamia profunda. Acompanha-se de adenopathia lateral do pescoço, á altura da larynge.

Como se vê a confusão com a amygdalite pode ser completa; contudo no diagnostico, a attenção deve ser dirigida para a unilateralidade da lesão, adenopathia, e endurecimento. Neste caso nunca deixar de praticar o toque pharyngio. Resta ainda como optimo recurso, o exame bacteriologico.

—O cancro duro da pharynge é muitissimo raro. Fournier conta apenas um caso, situado na parte posterior, na linha media, no nivel da uvula. Cancro erosivo de forma papulosa, unicamente acompanhado de grandes adenopathias pharyngias. Mais tarde foi seguido de roseola bem nitida e outros accidentes secundarios.

#### Manifestações secundarias

Estas manifestações são muitissimo comuns e são mais frequentes no homem, do que na mulher (fumo).

As syphilides secundarias aparecem espontaneamente, mas mais facilmente nos individuos que fumam e mascam o tabaco, nos que tem habitos alcoolicos ou falta de hygiene buccal.



Apparecem em qualquer parte, mas teem tres fôcos de predilecção: *região amygdaliana, lingua e labios*.

Não teem um aspecto unico, apresentam-se sob diversas formas e variedades.

#### FORMAS

*Erosiva* — é a forma mais comum, é uma ulceração superficial e circumscripta, pequena, não tem relevo; regular, arredondado ovalar, eliptica ou alongada, sem bordos, fundo liso, de base molle; não apresenta inflammação, é de coloração variavel, mas as mais das vezes, vermelhas.

*Papulo-erosiva* — não é mais que a forma anterior fazendo relevo, o qual pode ser total ou parcial.

*Papulo-hypertrophica* — quando a exuberancia se torna notavel, ás vezes mamillonada, quasi especial á metade posterior da lingua (lingua em dorso de sapo). E' muito rara e sempre secundaria a outras syphilides, despresadas ou irritadas por qualquer causa.

*Ulcerosa* — é bastante comum; é uma verdadeira ulceração.

#### VARIEDADES

As syphilides podem variar segundo *o numero, extensão, côr, configuração, região e pelas perturbações funcçionaes que podem causar*.

Segundo o numero, pode haver desde uma a varias, e apparecer separadas ou juntando-se umas poucas, formando uma vasta placa de contornos irregulares e geralmente ulcerativa.

Segundo a extensão, podem ser pequenas ou grandes e entre estas, todos os intermedios.

Segundo o aspecto e a côr, as placas são a principio de côr rosea, ou vermelho purpura quando são irritadas por uma causa qualquer.



Mais tarde passam a côr acinzentada e depois ao branco, por uma serie de tons intermediarios. Entre o cinzento e o branco, a placa pode tomar o aspecto opalino (placa opalina) e ás vezes com reflexos azulados (placa opalina cinzento-perola). Quando chega á côr branca, toma o aspecto, ou duma gotta de leite sobre a mucosa, ou duma camada de collodio secco, ou duma falsa membrana diphterica.

Este estado diphterico das placas é muito importante e tem como pontos predilectos: a amygdala; os labios; mais raramente a lingua; é excepcional no veu, uvula ou pharynge.

Quando ellas appareçam nas amygdalas e em todo o isthmo da garganta, então o exame objectivo dá a confusão completa com a angina diphterica, com pseudo membranas adherentes, difficeis de destacar, exsudato branco ou branco sujo e ganglios periphericos hypertrophiados. Como base de diagnostico, ha dois factos a notar:

1.º ou atacam um individuo que permanece em bom estado de saude, sem perturbações geraes, e isto faz afastar a possibilidade de angina diphterica.

2.º ou atacam o individuo com perturbações geraes e proprias da angina diphterica, simulando mesmo o croup e então só o exame histologico faz a destrinça. Deve-se notar contudo que a roseola vem muito frequentemente tirar as duvidas.

Segundo a configuração, as placas podem apparecer segundo uma forma *anular* que é rara, propria das placas erosivas, descrevendo circulos erosivos de centro são, e segundo uma forma *acneiforme* que é mais frequente e propria das placas erosivas ou ulcerosas, descrevendo arcos de circulo.

Segundo a região, ellas costumam tomar o aspecto duma erosão vermelha, nos labios e na mucosa; na pele, duma crosta; nas commissuras, apresentam-se em dois segmentos um superior, outro inferior, estreitos e alongados, separados por um sulco, sujeitos a irritações pelos movimentos dos



labios. Nos bordos da lingua tomam uma forma fissuraria, alojando-se nos seus sulcos normaes. No dorso da lingua, podem tomar duas formas: uma, *fissuraria*, ás vezes estrelada, nos sulcos normaes; outra, muito importante, formando uma superficie bem circumscripta, lisa, unida, fazendo desaparecer as papillas e contrastando com as outras superficies villosas vizinhas (queda dos prolongamentos corneos das papillas filiformes), côr vermelho carregado, arredondadas, ovulares, irregulares, de extensão variavel, não attinge a derme mucosa (placa mucosa secca) a não ser por complicação. Estas placas formam o que se chama a *glossite despillante* e tem o nome de: *Placas lisas*, *discos descamativos*, *placas tonsuraes da lingua*, *alopecia lingual*.

As placas podem finalmente variar pelas perturbações funcçionaes que originam. A symptomatologia pode differir consoante a séde da lesão (regiões tolerantes ou intolerantes); differir segundo a forma da placa, pois uma placa fissuraria é sempre mais dolorosa, porque é mais funda e attinge mais os filletes nervosos; differir ainda consoante a extensão e numero de placas, principalmente quando, juntando-se, occupam o isthmo da garganta, exacerbando ao auge todos os symptomas, e ainda mais, sendo irritadas pelo tabaco; variar por fim de individuo para individuo, podendo mesmo acontecer que a symptomatologia seja nulla e a placa fique ignorada, resultando por isso a necessidade de se examinar a bocca e a garganta em todo o syphilitico que se apresente ao medico.

Varias lesões ha que se assemelham ás syphilides buccopharyngias. As principaes são:

— a *erosão simples*: é menos extensa, menos regular, menos arredondada, mais vermelha, mais inflammatoria e tem uma duração menor; mas estes caracteres nem sempre são constantes e por isso o diagnostico é difficil, senão impossivel;

— a *herpes buccal*: principalmente a herpes recidivante;



é uma doença que a syphilis quasi sempre faz apparecer; tem predilecção pelos bordos da lingua e cede ao tratamento topico, curando ás vezes espontaneamente; é sujeita a recidivas repetidas, não cede ao tratamento especifico, é mais dolorosa, mais irritante e mais erhetica; contudo os caracteres mais certos são: as erosões miliares a distancia da placa herpetica e circulo envolvente da lesão, determinado pelo processo vesiculoso que origina sempre a herpes, e os seus contornos sinuosos, de segmentos microcyolicos, que Fournier dá como signal pathognomonic;

— *a aphta*: é correctamente circular até ao seu fundo, talhada em vasador, boa coloração amarella no centro, com uma barra carminada na circumferencia; é tambem muito dolorosa, erhetica;

— *a hydroa buccal*: tem uma certa predilecção pelos labios ou face dorsal da lingua, mas o diagnostico torna-se por vezes duma extrema difficuldade sobretudo no terceiro estado desta doença; no principio vê-se o exanthema hydroico muito vermelho, muito mais que uma placa, e de aspecto inflammatorio;

Depois, ainda apparece o exsudato pseudo-membranoso do segundo estado que confirma o processo vesiculoso anterior; ainda se podem encontrar vesiculas nascentes, podendo tambem o enanthema, acompanhar-se de exanthema; faltando isto, o diagnostico é impossivel, a não ser que appareçam outras manifestações secundarias;

— *a glossite exfoliadora* — nesta lesão ha sempre a existencia duma barra que a envolve, muito fina, de côr branca, trajecto curvilinio, geralmente em forma de *c* e a mobilidade dos seus elementos eruptivos;

— *as lesões mercuriales* — que acompanham sempre o tratamento mercurial, dão um cheiro acre, metallico e fetido do halito, ptyalismo; as ulcerações são muito irregulares, de tamanhos variaveis, côr vermelha no fundo, ás vezes acinzentada;



— *erosão ou ulceração d'origem dentaria* — neste caso, investigar se nos dentes fronteiros, ha algum que possa ferir.

### Manifestações terciarias

A cavidade bucco-pharyngia é bastantes vezes attingida de accidentes terciarios.

— Nos labios, ou estes accidentes apparecem na parte cutanea, formando as *syphilides tuberculosas seccas* constituidas por tuberculos em grupos ou placas estrelladas, ás vezes encrostadas e mais raramente ulcerações descobertas; na mucosa, tomam todos os caracteres das *ulceras gommosas*. Podem tomar uma forma mixta, apparecendo na pelle e mucosa ao mesmo tempo, sob a forma ulcerosa nesta e secca crostosa naquella. As syphilides podem tomar um aspecto *circinado*, de extensão variavel, occupando ás vezes toda a superficie dum labio, ou ligando com syphilides vizinhas. Outras vezes hypertrophiam o labio, dando-lhe um exagerado volume. São sujeitas a recidivas.

As gommas apparecem ou sob a forma de tumores circumscriptos ou infiltração diffusa.

— O tumor gommoso labial é raro e bastante tardio; affecta mais o labio superior e pode ser unico ou multiplo, encravado na espessura do labio, de volume comparavel a um caroço de cereja ou azeitona, ás vezes pequena castanha, arredondado ou ovalar, e duro. Mais tarde amollecem, abrem-se e ulceram-se.

— Na infiltração diffusa, a lesão gommosa infiltra-se numa parte dum labio ou no labio todo, exgerando-o em toda a extensão, multiplicando muito o seu volume. Primeiro, são firmes e resistentes á palpação, depois amollecem por pontos onde formam crateras, por onde se abrem e ulceram. Isto em geral complica-se de infiltração cutanea que destroe a pelle, ulcerando-a e recobrindo-a de crostas *escuras*.

Um dos accidentes terciarios e importante dos labios, é:



*O syphiloma hypertrophico diffuso.*

— Pode attingir os dois labios, mas as mais das vezes attinge só um, e mais o inferior.

Apresenta o seguinte: hypertrophia em massa dum labio, ás vezes dos dois, criando portanto uma deformação da bocca, muito apreciavel de perfil, sendo os labios muito projectados para diante, formando uma especie de trompa; este volume e exagero são contudo muito variaveis; a mucosa apparece inchada, mamillonada e percorrida por sulcos. Em todo o resto, conserva o seu aspecto habitual; tem uma consistencia molle, dando a impressão d'empastamento; a não ser um escoamento salivar e uma certa difficuldade de mastigação, nenhuma reacção local se passa, dando-se a evolução a frio, insidiosa, bastante rapida, chegando a um estado de torpôr chronico que permanece ás vezes por anos; tem ausencia de adenopathia.

A's vezes coincide com syphilides terciarias ou syphilomas das regiões visinhas, e muito frequentemente com a glossite terciaria de forma esclerosa, a ponto de se attribuir uma certa correlação entre estas duas affecções. Attribue-se ao uzo do tabaco ou mau estado dos dentes, a sua causa local. A's vezes o tratamento não chega a fazer a redução completa.

Outro accidente terciario, mas mais raro, é:

*A gomma esclerosa ou pseudo cancroide.*

— E' um pequeno tumor duro, do tamanho duma amendoa, encravado no tecido labial, na semimucosa ou nesta e na pelle, indolente espontaneamente ou á pressão, sem reacção local e com ausencia de ganglios.

Tem dois signaes bem caracteristicos: «uma dureza firme, assemelhando o cancroide, e a resistencia ao tratamento, quando não seja feito duma maneira intensiva».



E' sujeita a recrudescencias e recidivas.

A lingua tambem é muito attingida, dando *as glossites terciarias*. Começam por hyperplasia das cellulas jovens dispostas nos tecidos que degeneram ou para a esclerose, ou para as gomas.

### Glossites esclerosas

São as mais comuns e consoante se estendem á derme mucosa ou a todo o parenchyma lingual, podem ser:

*Superficiaes ou corticaes;*

*Profundas ou parenchymatosas.*

—As primeiras caracterisam se por endurecimento superficial da derme lingual sómente. Podem ser lamellosas ou apergaminhadas como o endurecimento do cancro.

Apresentam-se sob duas variedades:

1.º *Em ilhas, em oasis* (glossite cortical lenticular). São placas isoladas de neoplasias da derme lingual, com extensão, forma variaveis, arredondadas ou ovalares, regularmente circuladas como papulas ou irregulares, sobretudo quando estão sobre os bordos da lingua. Apparece uma, geralmente duas ou tres, ás vezes mais, perceptíveis ao toque, dando sensação de renitencia lamellosa e superficial. Apresentam no seu nivel, um rubor da mucosa, aspecto liso e unido, como envernizado por causa da queda das papillas; superficie plana ou ligeiro releve papuloso.

2.º *Variedade em placas* (glossite cortical en nappe). Differe da precedente em que as hyperplasias se produzem em massa, por placas continuas, mais ou menos extensas. A glossite esclerosa tem uma evolução chronica e de consequencias desagradaveis para a cicatrização e funcção do órgão, pela esclerose que determina, e se não fôr bem tratada.



— As glossites esclerosas profundas caracterizam-se pela hyperplasia cellular attingir todo o parenchyma lingual, dando ao órgão um aspecto especial que se traduz pelo seguinte :

— tumefacção da lingua;

— mamilonamento e lobulação da sua face dorsal, em virtude dos tractos fibrosos que retrahem a mucosa em certos pontos;

— endurecimento das partes profundas affectadas, dando ao toque uma impressão de renitencia e dureza profunda;

— alterações diversas da mucosa no nivel das partes affectadas; assim, apparecem pontos de côr vermelho vinosa, outros descorados; a mucosa tem um aspecto liso, unido e despapillado. São sujeitas a variedades: ora affectam a parte central, ora a parte marginal onde se marcam impressões dentarias; ora occupam uma pequena extensão, ora quasi toda a lingua; ora a tumefacção é ligeira, ora exagerada; pode tomar ainda aspectos diversos (em nervura de folhas); finalmente a esclerose avança, até que o órgão se atrophia, resultando uma verdadeira cirrhose (lingua cirrhotica).

A principio, o doente quasi nada soffre, sentindo apenas a lingua maior e menos movel, mas devido a varias causas, como alimentos, tabaco, alcool, etc., apparecem erosões que trazem a dôr. Então a glossite complica-se de ulcerações. Noutros casos, estas ulcerações veem de causas meramente especificas, soffrendo a degenerescencia gommosa (glossite esclero-gommosa).

Depois que a dôr apparece, o estado do doente agrava-se, pois que o estado doloroso se exacerba dia a dia e os alimentos solidos ou liquidos se tornam intoleraveis, a não ser que um tratamento efficaz e opportuno lhe venha pôr um termo, não sendo susceptivel de resolução, senão antes do estado escleroso.



### Glossites gommosas

São d'ordinario tardias e raras. Tambem podem ser:

*Superficiaes ou mucosas;*

*Profundas, parenchymatosas ou musculares.*

As superficiaes são arredondadas, pequenas, tuberculiformes, não passando da derme mucosa, do tamanho dum grão de chumbo a um feijão, apparecendo no dorso ou bordo da lingua, fazendo saliencia como um mamillo ou apenas um ligeiro relevo, e de numero variavel.

As profundas ou musculares teem por predilecção a face superior da lingua. Desenvolvem-se na parte central, levando-se depois para a parte superior, onde fazem proeminencia, abrem-se e ulceram-se. Teem o volume duma ervilha ou duma amendoa, ás vezes maiores; são geralmente ovoides e em numero de duas, tres ou quatro.

### SYMPTOMAS

No periodo de formação, apparecem como um tumor solido e duro, o que se conhece, passando o dedo pela superficie dorsal da lingua; ás vezes vê-se já uma bosseladura. Evoluem lentamente ou em dois ou tres mezes.

No segundo periodo, a tumefacção vai amollecendo gradualmente, torna-se pastosa, póde-se mesmo a chegar perceber sensação de fluctuação. A desorganisação vai-se fazendo, apparece depois uma pequena ruptura, dando sahida a um humor amarellado, misturado de grumos e ás vezes estriado de sangue, fistulisa-se e ulcera-se.

No terceiro periodo, a ulceração torna-se mais ou menos extensa, de fórmula ovalar, arredondada e ás vezes irregular, apresentando os seguintes caracteres:

- profundamente cavadas (5 a 6<sup>mm</sup>);
- cercadas por uma areola dura e vermelha;
- bordos geralmente talhados a pique;
- fundo desigual, irregular, anfractuoso, coberto de inductos adherentes, resultantes das escharas do tecido gommoso.

No quarto periodo, faz-se a cicatrização, permanecendo sempre uma retracção.

#### VARIEDADES

—*Confluente*, quando varios nodulos gommosos se juntam e se fundem, exagerando a symptomatologia e o volume da lingua;

—*Diffusa*, quando os nodulos se espalham por todo o parenchyma lingual.

—*Esclero-gommosa*, quando ao processo gommoso, se acrescenta a esclerose.

#### COMPLICAÇÕES

—A gangrena; neste caso, a parte da lingua attingida tingese de negro, o halito torna-se fetido, ha ptyalismo, dysphagia, pallidez toxica do rosto. É sem consequencias graves e logo que a eschara caia, em regra faz-se a regeneração.

—O phagedenismo é mais perigoso. tem duas fórmas: *serpiginosa*, quando a ulceração é sinuosa e allongada, caminhando do dorso ou bordos da lingua, para a parte mais posterior; *terebrante*, quando as ulcerações se cavam fundo, formando verdadeiros buracos na lingua.

Antes do periodo de amollecimento, o doente não soffre; depois vem uma dôr, aggravam-se as funcções do orgão e é então que o doente se queixa. Em regra não ha adenopathia.

Varias lesões ha que se assemelham á glossite terciaria:



*O cancro duro lingual, a glossite dentaria, a tuberculose lingual e sobretudo o epithelioma lingual.*

Eis alguns principaes caracteres clinicos differenciaes, entre os que Fournier apresenta:

**Cancro duro labial:**

Adenopathia constante, indolor, multipla, de dureza especial.

Lesão unica erosiva ou ulcerosa sem lobulação da lingua.

Lesão sempre circumscripta.

Lesão primitiva.

**Glossite terclaria:**

Ausencia de adenopathia.

Lesão formada por lobulações separadas por sulcos numerosos e profundos.

Lesão extensa interessando metade ou grande parte do órgão.

Lesão consecutiva, tercearia.

Na tuberculose lingual, ha em regra tuberculose confirmada d'outro órgão, quasi sempre pulmonar; as lesões são mais dolorosas e o estado geral muito mais attingido.

Na psoriasis lingual, a lesão toma um aspecto branco, argenteo, nacarado, é superficial e sem lobulação.

**Epithelioma lingual:**

**Glossite terclaria:**

**SIGNAES DE PRESUMPÇÃO**

Mais comum na idade avançada.

Hereditariiedade cancerosa.

Lesão unica.

Séde habitual na face inferior da lingua.

Antecedentes frequentes de psoriasis lingual e buccal.

Mais comum numa idade menos avançada.

Antecedentes syphiliticos.

Fócos de infiltração multiplos e disseminados.

Mais comum na face superior e bordos, nunca inferior.

Coexistencia possível dum estado leucoplasico da lingua.

## EXAME DAS LESÕES

|  |   |
|--|---|
| Lesão circumscripta, parcial ; tumor vermelho e vegetante, algumas vezes cavado. | Lesão d'ordem geral, interessando a lingua, tumefazendo-a, deformando-a, lobulizando-a. |
| Bordos em relevo.  | Dureza menor.   |
| Sangria ao menor toque.  |   |
| Fetidez da saliva e halito.  |   |
| Imobilisação da lingua que parece fechada na bocca.                              |   |

## DÔRES E PERTURBAÇÕES FUNCIONAES

|   |  |
|---|--|
| Lesão de dôres e perturbações func-<br>cionaes bem mais accentuadas<br>que na glossite. | Lesão com dôres bem mais tole-<br>radas. |
| Dôres expontaneas irradiando para<br>a orelha, endurecimento geral<br>do orgão.         | Não ha dôres expontaneas.                |
| Perturbações da palavra, mastiga-<br>ção, deglutição.                                   | Perturbações funcionaes menores.         |
| Ptyalismo.  |  |

## ESTADO DOS GANGLIOS

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Adenopathia constante. | Ausencia de adenopathia. |
|------------------------|--------------------------|

## ESTADO GERAL

Cachexia no periodo avançado. |

## REACÇÃO DE WASSERMANN

As vezes apparecem *glossites de modalidade secundaria* no curso do periodo terciario e sob duas formas: *erosivo ou secco*. Esta pôde ainda apresentar-se com um aspecto *erith-matoso* ou *mixto*, quando as placas despapilladas coincidem com syphilides erosivas da vizinhança. Umas são sujeitas a



multiplas recidivas, as outras á chronicidade permanente e ambas pôdem confinar com a glossite esclerosa, se não se fizer um tratamento intensivo.

### Abobada palatina e veu do paladar

Na abobada palatina as lesões terciarias mais comuns, são as *syphilides gommosas ulcerativas*, *gommas isoladas*, *exostoses*, *periostoses*, *osteomas gommosos*.

No veu do paladar, são as *syphilides gommosas*, *gommas isoladas*, *tumores gommosos*. Podem ainda affectar uma e outro, a *syphilide tuberculosa secca* ou a *syphilose hypertrophica*.

As *syphilides ulcerativas* são ulcerações que regulam pelo tamanho duma amendoa, mais ou menos cavadas, mas superficiaes, de fundo amarellado ou amarello cinzento, ás vezes tapetado de inductos brancos ou opalinos e adherentes, de contorno arredondado ou ovalar e bordado de uma areola vermelha ou purpura. Quando multiplas, tomam quasi sempre uma forma circinada. Determinam uma sensibilidade permanente da garganta, com seccura e comichão, difficuldades de mastigação e deglutição, tornam-se dolorosas com comidas ou bebidas acidas e fazem ptyalismo. Ás vezes passam sem symptomatologia, ficando ignoradas. Outras vezes apparecem na parte posterior do veu.

—A *syphilide tuberculosa secca* dá muita confusão com o lupus. Apresenta-se como uma massa saliente, de côr vermelho escura, constituida por uma serie de tuberculos, justapostos, de volume desigual, hemisphericos, separados uns dos outros por sulcos, cuja profundidade é proporcional ao seu relevo; é renitente, dura ao toque, accusando uma certa espessura.

—A *syphilose hypertrophica* é uma hyperplasia mais ou menos consideravel, proveniente duma infiltração macissa dos tecidos. A principio vê-se uma deformação muito accentuada; apparece uma tumefacção dando uma sensação de



resistencia e de dureza. A mucosa apresenta-se sã, mas o seu relevo pôde ser liso ou percorrido por sulcos, ou semeada de granulações, analogas ás da syphilide tuberculosa. Mais raramente apresenta-se bilobada. A evolução apenas determina uma ligeira perturbação da articulação e mastigação.

### Gommas do veu do paladar

São lesões frequentes e que se apresentam sob duas formas: *circumscripta ou nodular e diffusa*.

A forma nodular consta duma pequena nodosidade, solidida e firme ao toque, indolente, sem caracter inflammatorio, fazendo um ligeiro relevo á superficie do veu. Tem um volume variavel, duma ervilha a uma amendoa. Mais tarde, acaba em ulcera gommosa.

A forma diffusa ou gomma do veu propriamente dita, consistindo n'uma infiltração diffusa, formando uma tumefacção mal limitada que se pôde estender a todo o veu, ou simplesmente a uma parte.

Na sua evolução segue varias etapes que se repartem nos tres periodos seguintes:

1.º *Infiltração*—Neste periodo o veu apparece deformado, como que bosselado e fazendo saliencia; apresenta um rubor morbido escuro, a sua superficie é tensa, lisa e luzidia. Ao toque sente-se um espessamento e uma dureza especial. Outro caracter importante, é a sua immobildade total ou parcial.

As perturbações funcçionaes são minimas, apenas uma ligeira dôr de garganta, o que torna esta lesão muito insidiosa.

2.º *Ulceração*—Depois dum certo tempo, a gomma amollece, abre-se e ulcera-se. Esta ulceração pôde attingir parte ou toda a espessura do veu. No caso de ulcera imperforada, apresenta-se orlada por uma areola vermelha, dura e renitente, tendo os bordos talhados a pique, com fundo amarellado, cremoso, formado por tecido gommoso degene-



rado em estado d'eschara. No caso de destruição em toda a espessura do veu, ella póde ser central ou marginal, dando no primeiro caso, uma perfuração e no segundo, uma chanfradura. Quando a ulceração é marginal, a destruição póde attingir os pilares, a arcada ou a uvula. Outras vezes a ulceração póde estender-se a todo o comprimento do veu, dividindo-o em dois retalhos. Finalmente, o mais raro, a ulceração póde destruir todo o veu.

Depois da ulceração, as perturbações funcçionaes accentuam-se, para o que influe a extensão, a séde, a idade e a forma. Incidem sobre alterações da voz e refluxo nasal dos alimentos, principalmente dos liquidos. Estas alterações caracterisam-se pela *rapidez* com que se manifestam, apparecendo duma forma inesperada. As alterações da voz consistem num timbre anasalado das palavras, tornando a articulação confusa e quasi inintelligivel. Quando a destruição é grande, torna-se muito desagradavel acompanhando-se dum sopro nasal; é uma especie de gagueira fanhosa, tornando inintelligivel a maior parte das syllabas.

É de regra nesta lesão a ausencia de adenopathia, mas casos ha em que ella apparece e cuja pathogenia não está bem esclarecida.

A evolução é rapida, mas tambem é das lesões terciarias, a que mais facilmente cura e, consoante a intervenção do tratamento, a restauração póde ser completa, ou ficar uma cicatriz em relação com a extensão da ulceração, podendo notar-se apenas uma delgada membrana fibrosa esbranquiçada.

A gomma do veu é pouco sujeita a variedades. Comtudo duas cousas se podem dar fóra do normal: ou a dôr é muito violenta, determinando dysphagia, insomnia, salivação, ou tomar a forma esclerosa, tornando-se neste caso a rigidez extremamente accentuada.

A gomma do veu é muito facilmente curavel, sendo o prognostico dependente da oportunidade do tratamento.



No entretanto, algumas circunstancias fazem por vezes complicar a sorte da cura: a *recrudescencia*, a *recidiva* e certas complicações, sendo a mais importante, o *phagedenismo*.

A doença que mais de perto se confunde com a gomma do veu é a angina simples, podendo ainda levar a erro, a tuberculose guttural. Comtudo, uma e outra tem symptomas geraes e mesmo locaes que na gomma nunca apparecem.

### Amygdalas

As lesões gommosas das amygdalas, podem tomar quatro formas.

1.º Forma comum—a amygdala, mostra-se vermelha, mais ou menos volumosa, saliente para dentro; a ulceração occupa toda ou parte da glandula, cercada duma areola dura, fortemente infiltrada de fundo desigual, anfractuoso e amarellado, de profundidade variavel e com algumas perturbações funcçionaes como: dôr anginosa, dysphagia, ptyalismo, difficuldade de mastigação, etc.

2.º Forma anginosa ou febril—esta forma traduz-se por uma angina aguda, acrescentada ao processo gommoso. Então os symptomas predominantes são os da angina aguda e o diagnostico é difficil.

3.º Forma pseudo-epitheliomatosa em que a gomma reveste o aspecto dum epithelioma, caracterisada por adeno-pathia e uma dureza verdadeiramente cancroidea. É muito rara.

4.º Forma gangrenosa, ainda mais rara, em que se percebe uma ulceração negra, putrilaginosa, com retalhos esphacelicos muito fétidos, determinando uma dysphagia intensa, anciedade respiratoria e geral, e phenomenos adynamicos alarmantes.

As lesões com que as gommias das amygdalas mais se confundem são:

— a ulcera tuberculosa; mas esta é em geral secundaria



á tuberculose pulmonar ou laryngia, é duma evolução mais lenta e a ulceração é mais irregular;

— a amygdalite lacunar ulcerosa que tem uma evolução rapida, mas é quasi sempre de inicio inflammatorio e tem uma cura mais rapida.

## Pharynge

A syphilis terciaria da pharynge é muito frequente, podendo estender-se á mucosa ou até á submucosa.

— As lesões da mucosa podem tomar um aspecto circunscripto ou diffuso.

No primeiro caso, a lesão é mais commum e mais benigna, começando por um ou varios pequenos tumores que amolecem e formam mais tarde uma ulceração que se caracteriza pela sua forma circular e ás vezes perfeitamente circular, cavada, de fundo amarello e cercada por uma areola dura, infiltrada e vermelha.

No segundo caso, produz-se uma infiltração extensa, fazendo mais tarde largas ulcerações. Estas lesões começam sem symptomas alarmantes, insidiosamente, despertando o doente apenas no periodo de ulceração, apparecendo então dôres e dysphagia que podem chegar a tornar impossivel a deglutição dos liquidos, a dificultar a mastigação e alterar a voz.

O exame rigoroso da garganta torna-se imprescindivel, em casos de qualquer affecção que não ceda ao tratamento apropriado, pois que a localização da gomme pode estar atraz do orificio posterior das fossas nasaes, escapando assim á observação.

— As lesões submucosas são muito mais graves. Começam por tumores que podem tomar grandes proporções, determinam depois ulcerações extensas e graves, quer pelas localizações, quer pelo phadegenismo que podem tomar, destruindo todos os tecidos, produzindo descabros enormes, o que traz uma extrema malignidade.



Destas complicações podem resultar accidentes graves, como: *hemorragias*, ás vezes mortaes, por ruptura das carotidas; *lesões dos corpos vertebraes*, ou dos *ossos do craneo*, indo consecutivamente reflectir-se sobre a medulla ou sobre o encephalo.

A'parte estes accidentes, as gommas da pharynge, tornam cada vez mais impossivel a deglutição, vão enfraquecendo progressivamente o doente, conduzindo-o á cachexia e por ultimo á morte por exgotamento. As gommas da pharynge são sujeitas facilmente a recrudescencias e recidivas.

Quando chegam á cura, em virtude da tendencia fibroide da cicatriz e da extensão da lesão, dois accidentes podem sobrevir: *a retracção do isthmo da garganta (atresia guttural)* e *a ankylose palato-pharyngia*. O primeiro accidente traz grandes difficuldades para a deglutição; o segundo, alem de nasalar a voz, perturba grandemente a respiração.

## Esophago

### Manifestações secundarias

O secundarismo do esophago é raro e determina apenas: congestão superficial da mucosa, com ligeira exsudação catharral, ligeira dysphagia, esophagismo ou pyrosis.

### Manifestações terciarias

No esophago, o terciarismo é muito raro e apresenta tres formas: *latente*, *dysphagica* e *estenosica*.

— A forma latente caracteriza-se por uma ligeira difficuldade de deglutição, depois impossibilidade, por fim, inappetencia, emagrecimento e cachexia terminal.

— A forma dysphagica produz na deglutição, uma constricção dolorosa do pescoço, com regurgitações espasmodicas.

— A forma estenosica é a que apparece mais vezes. Co-



meça pela dysphagia, a principio ligeira, depois persistente e cada vez mais accentuada, persistindo mesmo apesar dum catheterismo e por isso, o doente vai-se cachetisando, morrendo em pouco tempo.

## Intestinos

Os intestinos estão sujeitos a manifestações secundarias e terciarias.

—As manifestações secundarias dos intestinos, são raras e apparecem ou sob a forma de *enteralgias* ou *enterites*.

—As enteralgias são variaveis d'intensidade e duração, com crises intermittentes e irregulares, e sujeitas a recidivas. Caracterisam-se ainda por não cederem á medicação analgesica.

—A enterite acompanha-se raras vezes de enteralgia, consistindo numa diarreia mais ou menos persistente com expulsão de mucosidades, ás vezes estriadas de sangue, sensibilidade inflammatoria do abdomen e vomitos.

—As manifestações terciarias são muito raras, mas mais frequentes no intestino delgado que no intestino grosso; são alem disso muito tardias e sujeitas a recidivas. Revelam-se por uma diarreia persistente, acompanhada de colicas variaveis d'intensidade e ás vezes, aspecto ensanguentado das fêzes.

Para o diagnostico duma enterite terciaria, deve-se deitar a attenção para os factos seguintes:

- antecedentes syphiliticos;
- resistencia aos agentes therapeuticos apropriados;
- coincidencia que em geral existe com outros accidentes terciarios.

## Região ano-rectal

Nesta região, a syphilis revela-se por accidentes primarios, secundarios e terciarios.



### Manifestações primarias

Consoante a parte attingida desta região, o cancro duro pôde ser: *anal, perianal e rectal*. São relativamente frequentes e mais na mulher que no homem. Reconhecem como causa, o contagio directo ou indirecto.

—O cancro duro anal apresenta aspectos particulares, pelo logar em que se encontra: *franzido, em collo de bolsa, em folhas de livro*.

Pode apresentar duas formas:

—*larvada*, quando o cancro se encontra dissimulado no canal mucoso, necessitando abrir-se bem o anus, para o observar;

—*exuberante*, quando uma parte da sua superficie faz saliencia fora do orificio anal.

Para se observar bem o cancro duro anal, abre-se o anus por meio dum afastador, vendo-se então uma lesão circumscripta de media ou pequena extensão, situada na parte anterior ou posterior, raramente aos lados, erosiva ou ulcerosa de côr vermelho sanguinea ou carregada, ás vezes violacea. Quando se retira o afastador, o cancro reúne-se em duas partes, como se se fechasse um livro em duas metades (cancro em folhas de livro).

O endurecimento nem sempre é perceptivel (contração reflexa do esphincter, dôr, resistencia do doente, etc.).

A evolução é lenta e pôde-se complicar pelas irritações e rasgaduras a que está sujeita.

Tres lesões pôdem fazer errar o diagnostico. São: *a ulcera hemorroidaria, a fissura anal, a ulcera tuberculosa*, e é necessario lançar mão de alguns caracteres que permitem fazer a distincção:



| Úlcera hemorroidaria  | Fissura anal                            | Úlcera tuberculosa  |
|---|---|---|
| Antecedentes remotos ou proximos de fluxões ou crises hemorroidarias. | O cancro é sempre uma lesão mais larga; | Bordos bem nitidos, interessando parte ou toda a derme;     |
| Fluxão local.   | Febre, adenopathia.                     | Fundo deprimido, amarelado, desigual;                       |
| Bordalete extra-anal.   | É muito menos doloroso.                 | Base desprovida de endurecimento;                           |
| Corolla de tumores anaes.   |   | Ausencia de adenopathia ou se a ha, é menos caracteristica; |
| Ausencia de adenopathia.  |   | Evolução chronica;  |
|   |   | Antecedentes;   |
|   |   | Lesões concomitantes.                                       |

O cancro perianal é percorrido por duas ou tres pregas do anus, notavelmente hypertrophiadas. O processo ulcerativo forma nos intervallos verdadeiras fendas que se conhecem, estendendo a pelle. De resto, é semelhante pelos seus caracteres ao cancro cutaneo.

O cancro rectal, extremamente raro, revela-se pelos seguintes symptomas: dôr rectal produzindo-se um pouco antes da defecação e persistindo mais ou menos tempo depois; evacuação com as fezes, de mucosidades manchadas de sangue;

ao toque, pequeno fóco de resistencia e endurecimento circumscripto;

ao especulo, lesão a altura variavel acima do esphincter, de extensão variavel, arredondada ou ovalar, erosiva ou ulcerosa, de côr rosea, vermelha ou escura.

Em todas estas manifestações deve-se procurar a adenopathia concomitante, ou nos ganglios inguinaes (por anostomose dos lymphaticos mais inferiores do recto com os do anus) ou um grupo de ganglios situado na concavidade do sacro.



### Manifestações secundarias

As syphilides podem apparecer no anus ou nas margens do anus.

No primeiro caso, apresentam-se sob a forma erosiva, podendo apparecer a descoberto, ou larvadas. Estas ultimas quasi sempre, são erosões alongadas e estreitas, tomando um aspecto *fissurario*. Teem geralmente uma côr vermelha e determinam dôres que podem ser pouco ou muito intensas.

Nas margens do anus, as syphilides tomam o aspecto de longas fissuras estreitas, alojadas nos sulcos das pregas. A's vezes determinam uma hypertrophia e espessamento da derme e tecido cellular, recebendo o conjuncto, o nome de *hypertrophia radiada do anus*.

### Manifestações terciarias

— No anus o terciarismo pode tomar a forma de *syphilides* ou *gommas*.

— As syphilides são em geral ulcerações alongadas, seguindo a direcção das pregas, fissuradas ou onduladas, determinando perturbações funcçionaes como: dôres, sensação de tensão e calor, falsa sensação de defecar e ás vezes tenesmo; finalmente a evacuação não chega a fazer-se, senão á custa das maiores dôres.

— As gommas apparecem em geral na região justa-anal, começam por um pequeno tumor que vai amollecendo, e terminam quasi sempre por uma fistula do anus.

— No recto, as lesões terciarias apresentam tres modalidades: *syphilides ulcerosas*, *gommas* e o *syphiloma anorectal*.

— As syphilides ou existem por continuação das do anus, ou isoladamente, apresentando-se como ulcerações irregulares, de fundo vermelho e sangrento, recoberto de detri-



ctos acinzentados ou mucosidades. Teem uma tendencia especial para o phagedenismo.

— As gommás são lesões terciarias duma extrema raridade.

— O syphiloma ano-rectal é uma hyperplasia das paredes ano-rectaes que se traduz ao toque pelo seguinte: um espessamento das paredes ano-rectaes; á altura do recto, uma sensação dum cylindro resistente, inextensivel e rigido com a sua superficie desigual, mamilonada e percorrida por grandes colunas verticaes; á altura do anus, em virtude do pregueado da mucosa, a neoplasia toma a forma de pequenos tumores de forma e volumes variaveis. O syphiloma ano-rectal é de consequencias graves, em virtude de confinar sempre com a retracção fibrosa do recto, retracção esta que tem por sede em geral, a parte inferior do recto; pode interessar uma parte da parede que faz saliencia como uma valvula (retracção valvular) ou um segmento circular, fazendo proeminencia como um annel (retracção annular) ou um segmento circular mais extenso (retracção cylindrica).

O calibre do intestino pode tomar graus diversos e em parte, dependentes do tratamento, chegando por vezes o canal a ficar quasi obliterado.

A retracção syphilitica do recto, dá ao toque, uma sensação dura e calosa e tem como symptomas o seguinte: *constipação; difficuldade em evacuar; modificação de calibre e forma das feses; suppuração rectal; accidentes de retenção estercoral.*

## Glandulas annexas ao tubo digestivo

### Glandulas salivares

Estas glandulas são raras vezes attingidas pela syphilis e são-no no periodo terciario. As lesões seguem o processo da esclerose ou da gomma, dando pèrтурbações funcionaes importantes.



## Pancreas

Esta glandula é por vezes attingida pelo terciarismo, sendo mais frequente na syphilis hereditaria, que na adquirida.

As lesões apparecem sob tres formas: esclerose, gommosa ou esclero-gommosa.

### SYMPTOMAS

A symptomatologia da syphilis do pancreas é mal definida, pois póde ser attribuida a uma affecção doutro orgão. Comtudo tres factos nos podem pôr na orientação da syphilis pancreatica, e vem a ser: a *diabete*, a estearrheia e a dôr epigastrica com irradiação para os hypochondrios.

## Figado

### Manifestações secundarias

A syphilis secundaria do figado tambem é rara, mas muito importante. Reveste a forma da ictericia e póde manifestar-se *benigna ou malignamente*.

A forma benigna apresenta como symptomas:

- côr amarella da pelle mais ou menos intensa;
- côr icterica das urinas;
- fezes variaveis; a maior parte das vezes raras, ás vezes descoradas;
- apyrexia habitual, mas ás vezes no principio, ha um ligeiro movimento febril;
- mal estar mais ou menos accentuado, lassidão, cephalalgia, outras vezes verdadeira adynamia;
- perturbações gastricas, appetite diminuido, lingua um pouco amarelada, bocca amarga, nauseas e ás vezes vomitos;
- figado normal e indolente, mas outras vezes ligeira-



mente augmentado e sensível á pressão. Distingue-se pela ligação chronologica com o periodo secundario, acompanhando mesmo os accessos eruptivos da pelle ou das mucosas, pela ausencia de outras causas que não sejam a syphilis, e é um pouco mais frequente nas mulheres, que nos homens.

— A forma grave caracteriza-se pelos tres factos seguintes:

ictericia;

hemorrhagias;

symptomas ataxo-adynamicos.

A gravidade é extrema, quasi sempre mortal, acrescendo ainda a inefficacia do tratamento especifico, e este facto tem levado a suppôr, tratar-se antes duma manifestação parasyphilitica.

A doença na sua evolução segue differentes fases que a descripção dos seus symptomas muito bem põem em evidencia.

O inicio é variavel, geralmente insidioso pela sua benignidade; a ictericia é acompanhada ás vezes, de mal estar geral, inappetencia, perturbações digestivas, lassidão; é bastante rara.

Num segundo periodo, a ictericia torna-se persistente, ora ligeira, ora carregada, havendo:

inappetencia absoluta com vomitos;

pyrexia geralmente, mas muito variavel, outras vezes hypothermia;

pulso ora accelerado, ora retardado.

Todos estes symptomas são acompanhados doutros que revelam dum modo especial a doença.

Assim, quasi desde o principio e durante a affecção, existe um estado adynamico: primeiro, é ligeiro, depois a perda de forças accentua-se, ha uma verdadeira adynamia, chega-se ao colapso;

ha hemorrhagias diversas, gengivaes, melenas, petechias,



mais raramente hemoptyses, hematurias, metrorragias, etc.; as mais frequentes são as epistaxis;

ha perturbações nervosas que tem duas phases: 1.º a excitação; 2.º a oppressão; mas muitas vezes estas phases attenuam-se variavelmente;

na 1.ª fase, apparecem agitações, insomnias, dôres nos membros, sobresaltos tendinosos;

na 2.ª, apparecem somnolencia, torpor, estupor quasi typhico, tendencia ao coma, mas possibilidade de volta ao conhecimento, excitando o doente; finalmente coma, accentuando-se progressivamente;

o figado é ora normal, ora hypertrophiado, ás vezes diminuido de volume; indolor, ou sensivel, ou mesmo doloroso;

ha constipação ou fézes liquidas, córadas ou descoradas, ás vezes acinzentadas;

dyspnea sem causa organica apreciavel.

Como symptomas ultimos, ha: o collapso absoluto, relaxamento dos esphincters, perturbações pupilares, paresia hemiplegica e sempre coma terminal.

A doença evolue em geral em dois ou tres septanarios, constando portanto de duas phases: uma primeira phase «a da ictericia» e uma segunda, «das perturbações nervosas e das hemorragias», em que a doença se accelera rapidamente.

### Manifestações terciarias

O terciarismo do figado é raro e muito tardio; é mais frequente no homem e constitue um quadro clinico deveras importante.

As lesões podem interessar a capsula de Glisson, dando *perihepatites*, confinando com a formação de placas fibrosas e adherencias peritoneaes, ou interessar o figado sob a forma de gommias, esclerose ou esclero-gommias, ou finalmente interessar uma e outro, dando tudo lesões que deformam profundamente o figado dando-lhe aspectos diversos.



O figado syphilitico é duro e consistente.

A gomme é variavel de volume e numero, apresentando-se como uma nodosidade secca e amarellada, cercada por uma parede fibrosa, acinzentada e vascular, que a enkista.

### SIMPTOMAS

Tres casos se podem dar quanto á symptologia:

1.º podem apparecer formas *latentes*, quando durante a vida não apparece nenhum signal funccional ou physico do padecimento.

2.º podem apparecer formas em que n'um syphilitico, se assista a uma cachexia progressiva, sem que nenhum symptoma da parte do figado venha attrahir a attenção.

3.º a symptomatologia é frisante.

Neste caso, nota-se em primeiro logar: «irregularidades das funcções digestivas, anorexia, plenitude gastrica e flatulencia durante o periodo digestivo; ás vezes crises de diarreia, ora passageira, ora tenaz, indolor, com fézes mucosas ou serosas e brancas.

Pouco a pouco o doente emmagrece, a sua côr empallidece e perde as forças progressivamente; neste periodo já o figado pôde chamar a attenção, pois pôde haver sensação de tensão, peso e dôr surda no hypochondrio direito e ás vezes, propagação desta dôr para a espadua e braço do mesmo lado. Á palpação, nesta occasião, o doente tem o figado augmentado de volume e o tratamento é capaz de cura.

Se o processo progride, os symptomas tambem se accentuam. Então a dôr do primeiro periodo desperta-se de vez em quando, mais violenta, sob a forma de crises, correspondente a *poussées* de perihepatite; tudo a exaspera, a palpação, a marcha, a posição em pé, a ingestão d'alimentos, etc. Pouco a pouco, o ventre começa a augmentar de volume com tympanismo a principio, e maciszez mais tarde nas par-



tes declives, com rêde venosa cutanea, revelando então presença de derrame. A ascite ás vezes retrocede com o tratamento especifico.

Outras vezes, mas raro, apparece ictericia e é ligeira.

As urinas são abundantes, carregadas de uratos, urobilina em grande quantidade e abaixamento da taxa d'ureia.

Por vezes ha febre que pôde tomar os typos de febre intermittente, continua ou hectica.

O exame directo do figado pôde revelar um augmento ou diminuição de volume ou uma e outra cousa, sendo um dos lobulos augmentado e outro diminuido, mas apresentando sempre uma irregularidade grande da sua configuração, isto é, com a superficie irregular, com saliencias, nodosidades de consistencia dura, a par de partes deprimidas menos resistentes e bordos com saliencias e chanfraduras irregulares.

O baço é mais ou menos hypertrophiado, podendo soffrer mais tarde a degenerescencia amyloide, tornando-se nestas condições, de grande volume.

Ao mesmo tempo que isto se passa, o appetite vai desaparecendo até á anorexia total, apparecem vomitos mucosos, diarreia serosa, dysenteriforme, ou sanguinea por hemorragias intestinaes que ás vezes podem ser fulminantes. Deste modo o doente caminha para a cachexia. Outras vezes o doente morre por degenerescencia amyloide do figado, rim ou baço, ou por infecção secundaria, sobretudo a pneumonia e a erysipela.»

Esta symptologia pôde variar dando á doença tres formas que Fournier classifica do seguinte modo:

1.º *Grande figado com esplenomegalia*, forma descripta por Gerhardt em que o figado se apresenta duro, ligeiramente desigual, sensivel á pressão, consideravelmente hypertrophiado, podendo descer até ao umbigo e mesmo até á crista iliaca e o baço é augmentado de volume; apparece ictericia metapigmentar, e não ha ascite nem circulação venosa sup-



plementar; é uma forma lenta, apyretica, evoluindo de tres a oito annos;

2.<sup>o</sup> *Figado ficelé com tres variedades*; a pseudo-cancerosa, em que o figado é grande, apresentando á superficie desigualdades duras e salientes, o baço é um pouco augmentado, a ascite é mais rara e a ictericia verdadeira, mais frequente; a atrophica e hipertrophica lobada.

3.<sup>o</sup> *A cirrhose syphilitica*, simulando a cirrhose de Laennec.

### *Diagnosticó:*

Nas formas latentes, as difficuldades de diagnostico, devem assentar sobre as duas indicações seguintes:

1.<sup>o</sup> num syphilitico confirmado, todo o estado cachectico insidioso deve fazer suspeitar uma lesão visceral, e em particular uma lesão no figado;

2.<sup>o</sup> toda a affecção chronica do figado de attitude equivoca de origem obscura, deve fazer pensar a syphilis.

Nas formas de symptomatologia hepatica evidente, alguns erros de diagnostico se podem dar.

Assim *as crises dolorosas de parihepatite* podem ser confundidas com accessos de colica hepatica, mas n'esta ha em geral a ictericia verdadeira por obstrucção.

*A cirrhose alcoolica* dá toda a semelhança, a menos que a ausencia de antecedentes syphiliticos seja confirmada.

*O figado cardiaco* affasta as duvidas pelo exame do coração e da aorta.

*O figado tuberculoso* tem em geral outras localizações tuberculosas.

*O figado paludico* tem antecedentes, é regular e ha melanodermia.

*O cancro primitivo* do figado; neste caso, o figado é grande, a ictericia quasi constante e a cachexia é de marcha

rapida; *no cancro secundario*, ha antecedentes cancerosos noutro orgão e as bosseladuras são enormes.

*Nos kystos hydaticos* que tambem se prestam á confusão, ha a dôr persistente da espadua direita, accessos d'urticaria e a punccão exploradora para affastar todas as duvidas.

*Prognostico :*

Desde que as lesões passam o periodo precirrhotico, a doença agrava-se seriamente, porque outras visceras tomam parte no processo e o depauperamento do organismo é inevitavel.

---



## CAPITULO II

### Gastropathias syphiliticas

#### Observações

#### I

M. A. T., n.º 40 do registo da 2.<sup>a</sup> clinica medica, 22 annos, solteira, operaria, natural e residente no Porto. Entrou a 1 de Janeiro de 1917 e sahiu a 7 de Março do mesmo anno. Foi tratada na enfermaria n.º 7, sala do Senhor Jesus.

#### *Estado actual:*

Dôres no estomago ligeiras.

Sensação de plenitude.

Às vezes, azia.

Vomitos quando a dôr no estomago é mais forte.

Dôr á pressão no nivel do appendice xiphoideu com irradiação para as costas.

Dôr espontanea e á pressão no flanco esquerdo.

Obstipação.

Apetite.

Lingua ligeiramente saburrosa.

Emaciação.

Ausencia completa de menstruação até esta data.  
Ganglios cervicaes, axillares, inguino-cruraes.  
Queda do cabello por vezes.  
Cephalalgias frontaes permanentes que ás vezes attingem grande intensidade.  
Sons cardiacos augmentados d'intensidade.

### *Historia da doença:*

Doente desde maio, ha 7 mezes. Subitamente dôr violenta na região epigastrica, irradiando para as costas; vomitos alimentares; cephalalgias frontaes muito violentas; obstipação e suores por motivo da dôr.

### *Antecedentes pessoais:*

Sarampo quando criança.  
Pneumonia aos 10 annos.  
Depois bronchite.  
Aos 12 annos, febre typhoide.  
Aos 13, polypos nasaes de que foi operada.

### *Antecedentes hereditarios:*

Pai fallecido aos 38 annos em consequencia duma tuberculose pulmonar aguda.

Uma irmã fallecida aos 23 annos de tuberculose pulmonar.

3 irmãos saudaveis.

### *Evolução:*

A reacção de Wassermann foi positiva no sangue e no liquido cephalo-rachidiano, levemente positiva.

Com o tempo a emaciação e a adynamia foram dimi-



nuindo, assim como a plenitude. Em breve não voltou a ser acometida de gastralgias. Teve alta a 3 de Março sahindo muito melhorada.

*Diagnosticó :*

Gastrite chronica ulcerosa.

*Tratamento :*

6 a 15 de Janeiro — Injecções de cacolyato de soda.

17 a 28 » » — Glycero phosphato de cal.

18 de Janeiro a 8 de Fevereiro — Injecções de biódeto de mercurio.

18 de Fevereiro a 4 de Março — Iodeto de potassio;  
5 dias a 1 gr., os restantes a 2 gr.

II

C. C. A., n.º 6 do registo da 2.<sup>a</sup> clinica medica. 30 annos, solteira, criada, natural e residente no Porto.

Entrou a 22 d'Outubro de 1917 e sahiu a 29 de Julho de 1918. Foi tratada na enfermaria n.º 7, Sala Senhor Jesus.

*Estado actual:*

Dôres no estomago uma hora depois de comer.

Dôr xiphoidea espontanea e á pressão, irradiando para a parte posterior.

Anorexia e vomitos.

Perversão do appetite (salgados e condimentos).

Tympanismo gastrico.

Obstipação ligeira.

Dôres abdominaes.

Azia por vezes.

Hematemésas ligeiras.

Tosse, quando está peor do estomago.

Cephalalgias, maiores á noite.

Ganglios multiplos.

Tem ataques hystericos com perda de visão, tremulo, angustia e choro.

Reflexos rotuliano e achilliano exagerados.

Segundo ruido aortico vibrante.

### *Historia da doença:*

Soffre do estomago ha cerca de 6 mezes e ao mesmo tempo que tem cephalalgias: começou por sentir dôres na região epigastica com irradiação para os hombros; appareciam uma hora, hora e meia depois das refeições e eram seguidas de vomitos alimentares, ás vezes biliosos e hematemésas; tinha preversão do apetite, sensação de plenitude com poucos alimentos, e á parte das dôres gastricas, sentia ainda dôres periumblicas. Com o tratamento que fez nada melhorou pelo que recolheu ao hospital. O seu tratamento no hospital em nada modificou a doença, nem o bismutho, nem o regimen lacteo. Foi-lhe feita uma reacção de Wassermann que foi positiva.

### *Antecedentes pessoaes:*

Teve o sarampo.

### *Evolução:*

Com o tratamento especifico começaram a cessar os vomitos e as dôres do estomago, e continuando sempre bem, sahiu muito melhorada deste padecimento. Todavia no fim da sua estada na enfermaria, principiou a sentir dôres



em toda a metade direita do corpo com diminuição de forças do mesmo lado.

*Diagnosticó :*

Gastrite chronica ulcerosa.

*Tratamento :*

11 a 22 de julho — Glycerophosphato de cal.  
14 a 25 » » — Subnittrato de bismutho.  
23 de julho a 3 de agosto — Injecções de estrichnina.  
11 a 21 d'agosto — Pillulas de Valeriana.  
12 a 21 » » — Banhos d'amido.  
3 d'agosto a 2 de setembro — Magnesia calcinada.  
8 » a 10 de » — Injecções de benzoato de mercurio.  
20 a 29 d'agosto — Agua de cal.  
16 a 26 de setembro — Poção de sulfato de estrichinina.

III

M. C. n.º 75 do registo da 2.<sup>a</sup> clinica medica; 31 annos, solteira, criada, moradora na Rua da Gloria, 24-A.

Entrou a 20 de Março de 1917 e sahiu a 10 de Maio do mesmo anno.

Foi tratada na enfermaria n.º 7, Sala do Senhor Jesus.

*Estado actual :*

Dôres no estomago com irradiação para os lombos que se exacerbam após a ingestão dos alimentos.

Azia, pituita.

Vomitos muito frequentes.

Eructações.

Sensação de calor e ardencia no estomago com ascensão para o esophago.

Ventre um pouco abaulado.

Dôres abdominaes provenientes principalmente do estado catamenial.

Obstipação e manutenção do appetite.

Pulso bradycardico pequeno e hypotenso (57 puls. por minuto).

Sopro presystolico da ponta; no foco aortico, primeiro ruido ligeiramente soprado; segundo, surdo.

Sonoridade pulmonar diminuida á direita e adeante, respiração diminuida e bronchophonia tambem á direita e vibrações augmentadas á esquerda.

Ausencia de reflexos plantares; exagero dos rotulianos.

Urinas escuras.

#### *Historia da doença:*

Tendo-se molhado em principios de Janeiro, a doente começou por sentir calor no estomago, eructações, pituita e vomitos. Tinha sensação de peso no estomago e começou a emmagrecer progressivamente. Para acalmar o calor do estomago, a doente bebia grandes quantidades d'agua. O estomago está muito dilatado e o figado, um pouco reduzido. A reacção de Von Pircket foi negativa e a de Wassermann, positiva.

#### *Antecedentes pessoais:*

Sarampo e varioloide em pequena.

Approximadamente aos 22 annos, foi para o Rio de Janeiro, onde soffreu dos intestinos. Fez lá abundantes melenas, edemas frequentes e ás vezes generalisados. Regressando a Portugal aos 26 annos, gravidou e mezes depois contrahiu a syphilis.



Fez mal o seu tratamento, mas comtudo teve um filho de termo. Ha dois annos que adoeceu do estomago com azia, sensação de peso e vomitos. Passado ethylico. O filho que tem 4 anos foi adoentado, mas agora é saudavel.

*Antecedentes hereditarios :*

Paes incognitos.

*Evolução :*

Sahiu muito melhorada com o tratamento especifico.

*Diagnosticó:*

Gastrite chronica ulcerosa.

*Tratamento :*

23 de Março — Oleo de ricino.

25 » » a 3 d'Abril — Injecções d'estrychnina.

5 a 26 d'Abril — Injecções de benzoato de mercurio.

27 de abril a 7 de Maio — Iodeto de potassio (20 gr.).

IV

N. P. A. n.º 54 do registo da 2.ª clinica medica do anno lectivo 17-18, 55 annos, casada, vendedeira de Avintes, Villa Nova de Gaya.

Entrou a 5 de Janeiro de 1918 e sahiu a 2 de Maio do mesmo anno.

Foi tratada na enfermaria n.º 7, sala do Espirito Santo.

*Estado actual:*

Dôres na região epigástrica com reflexo para as costas.  
Dôr no estomago e maior de noute: surgia uma hora depois da refeição e permanecia até que viesse o vomito libertar o estomago e era mais violenta e forte, á noute.

Azia e eructações.

Vomitos alimentares.

Hemateméses.

Obstipação e a lingua um pouco saburrosa.

Dôres pelos ossos.

Cephalalgias.

Ganglios inguino-cruraes e cervicaes.

Sopros cardiacos no fóco mitral e aortico, mas no mitral, o segundo, é-o só ligeiramente.

*Historia da doença:*

Soffre desde os 18 annos do estomago.

Começou por dôr no estomago, diminuindo com a ingestão dos alimentos, para de novo voltar uma a duas horas depois.

*Antecedentes pessoaes:*

Teve o sarampo em criança; aos 13 annos, febre typhoide; aos 17, ictericia; teve 6 filhos e 3 abortos. Ha quarenta e dois dias, teve um ataque; encontrava-se na cama e não teve conhecimento do que se havia passado. De manhã notou que a commissura labial estava repuchada e tinha edemas na face e membro inferior.

*Antecedentes hereditarios:*

Mãe fallecida aos 85 annos; pae fallecido aos 60, subi-



tamente; treze irmãos: um falecido do estomago; outro, de febre typhoide; outro, de enterite, ignorando a morte dos cinco restantes. Os quatro vivos são saudáveis.

*Evolução:*

A doente foi melhorando do estomago com o tratamento especifico, sahindo boa.

*Diagnostic:*

Gastrite chronica ulcerosa.

*Tratamento:*

6 a 17 de Janeiro — Subnitrato de bismutho.

9 a 28 de     »     — Iodeto de potassio; seis primeiros dias, 20 gr., os outros, 30 gr.

29 de Janeiro a 18 de Fevereiro — Injecções de benzoato de mercurio.

V

A. F., n.º 47 do registo da 2.<sup>a</sup> clinica medica do anno lectivo 17-18; 22 annos, solteira, natural do Telhado, Mafamude, Villa Nova de Gaya; carrejona. Entrou a 30 de Dezembro de 1918 e sahiu a 11 de Março do mesmo anno.

Foi tratada na enfermaria n.º 7, sala do Espirito Santo.

*Estado actual:*

Azia e eructações.

Dôres no estomago, augmentando uma hora após as refeições.

Dôr epigastrica, maior no nivel do appendice xiphoide.

Lingua ligeiramente saburrosa.  
Apetite.  
Fígado reduzido de volume.  
Cephalalgias frontaes violentas e maiores de noute.  
Amenstruada ha oito mezes.  
Suores, mais de noute.  
Dôres nos ossos, maiores de noute e nas articulações dos joelhos.  
Ganglios inguino-cruraes e axillares.  
Queda do cabelo que dia a dia se vem accentuando.  
Ligeiras lipothymias.  
Palpitações.  
No fôco pulmonar, o segundo som, vibrante.  
Pulso pequeno, hypotenso, bradycardico; numero de pulsações por minuto, 56;  $TM=14$ ,  $Tm=7$ .  
Dôres thoracicas.  
Tosse anterior e acompanhada d'espectoração.  
No vertice pulmonar direito, ligeira maciszez, rudeza respiratoria e bronchophonia.

#### *Historia da doença:*

Ha tres annos que soffre do estomago, mas só ha um mez é que se encontra peor, tendo azia, vomitos, obstipação, dôr no estomago, maior uma hora após a refeição, suores, mais de noute, appetite, cephalalgias frontaes permanentes, maiores de noute, dôres nos ossos maiores de noute, queda do cabelo.

#### *Antecedentes pessoais:*

Sarampo quando criança; aos 17 annos, pneumonia; desde criança que fazia uso e abuso de bebidas alcoolicas, a diversas horas do dia; mas só ha cinco annos que esses



abusos se intensificaram. Teve dois abortos, um ha oito mezes e outro ha seis.

*Antecedentes hereditarios:*

A mãe tem 43 annos e é saudavel. Cinco irmãs das quaes falleceu uma com uma doença que se acompanhava d'edemas.

*Evolução:*

Melhoras pouco accentuadas com o tratamento proprio. A reacção de Wassermann foi duvidosa. Melhorou consideravelmente com o tratamento especifico.

*Diagnosticó:*

Gastrite chronica simples.

*Tratamento:*

31 de dezembro a 11 de janeiro—Subnitrato de bismutho.  
 9 a 30 de janeiro—Iodeto de potassio (primeiros dias  
 20 gr., os outros 30 gr.)  
 1 a 19 de fevereiro—Injecções de benzoato de mercurio.  
 21 a 28 de     >     —Poção d'arseniato de soda.  
 6 a 11 de março—Glycero phosphato de cal.

VI

J. F. N., homem, n.º 70 do registo da 2.<sup>a</sup> clinica medica do anno lectivo 17-18, 32 annos, casado, lavrista mechanico, natural de Coimbrões, Villa Nova de Gaya. Entrou a 22 d'Abril de 1918. Sahiu a 6 de Junho do mesmo anno.

Foi tratado na enfermaria n.º 4, sala Senhora da Conceição.

*Estado actual :*

Dôres no estomago com irradiação para os lombos, logo após a ingestão dos alimentos ou duas horas depois, estas dôres são mais fortes de noute.

Dôr xiphoidea á pressão com irradiação para as costas.  
Às vezes plenitude com os alimentos, precisando vomitar para se alliviar.

Conservação do apetite.

Lingua saburrosa.

Ventre retrahido.

Defeza dos rectos.

Dôres nos ossos de vez em quando e maiores de noute.

Numerosos ganglios inguinaes e axillares duros e augmentados de volume.

No apparelho pulmonar, apresentava ligeira maciszez dos vertices adiante e do lado direito, atraz. Apresentava mais do lado direito e adiante:

Vibrações augmentadas.

Expiração prolongada.

Rudeza respiratoria.

Broncophonia.

Ligeiros e poucos attrictos e dôr na base.

Atraz:

Rudeza respiratoria.

Broncophonia.

Dôr ligeira e poucos attrictos na base.

Do lado esquerdo e adiante:

Rudeza respiratoria.

Expiração prolongada.

Atraz:

Respiração diminuida no vertice.



Primeiro e segundo ruidos aorticos diminuidos; hypertensão:  $TM = 21$ ,  $Tm = 12$ , arteria sadia, dura; 72 pulsações por minuto.

Tic das palpebras á esquerda.

Desigualdade pupilar.

Reflexo rotuliano quasi abolido á esquerda, diminuido á direita.

Reflexos plantares, diminuidos.

#### *Historia da doença:*

Ha dois annos, uma hematemese depois dum largo periodo de dôres irradiando para as costas.

Ha quatro mezes, nova hematemese. Ultimamente dôres intensas com irradiação para as costas.

#### *Antecedentes pessoais:*

Sarampo em criança; duas blenorragias.

Ha quatro annos uma gastrite. Ha pouco tempo bebe aguardente quando sente dôres no estomago. Conta tres filhos; um morreu de 15 dias; outro soffre dos intestinos.

#### *Antecedentes hereditarios:*

Pae fallecido (tuberculose pulmonar), uma irmã saudavel, outra fallecida. A mãe teve abortos.

#### *Evolução:*

A doença resistiu sempre ao tratamento. A reacção de Wassermann foi negativa. Sendo então tentada a prova therapeuticamente, ella foi tão sensivel, que ás primeiras doses de iodeto de potassio o doente começa a melhorar e as melhoras foram a tal ponto, que depois duma serie de injecções de

benzoato de mercurio, toda a symptologia gastrica desapareceu.

*Diagnosticó :*

Gastrite chronica ulcerosa.

*Tratamento :*

- 1 de Maio — Poção alcalina (150 gr.)  
 10 » » — Iodeto de potassio.  
 25 » » — Injecções de benzoato de mercurio.

VII

E. C. M., n.º 83 do registo da 2.ª clinica medica, do anno lectivo 17-18, 35 annos, solteira, criada, residente no Campo Pequeno n.º 40. Entrou a 21 de Maio de 1918 e sahiu a 29 de Julho de 1918.

Foi tratada na enfermaria n.º 7, sala do Espirito Santo.

*Estado actual :*

Dôres gastricas espontaneas e á pressão, uma hora depois de comer; quatro depois, vomitos.

Hemateméses.

Hyperchlorhydria e pyrrosis.

Salivação e plenitude com os alimentos.

Lingua saburrosa.

Lienteria.

Melenas.

Obstipação de 2 e 3 dias.

Apetite.

Pallidez e asthenia geral.

Crises de suores noturnos.



Cephalalgias, maiores de tarde e á noute.

Polyadenia inguinal e cervical.

Figado muito reduzido.

Ruidos cardiacos ensurdecidos.

Pulso pequeno e hypotenso — 80 puls.

Amenstruada ha 4 mezes.

### *Historia da doença :*

Ha 5 annos que a doença começou e exacerbou-se ha 5 mezes, a ponto de não poder trabalhar. Desde um embaraço gastrico que teve ha 12 annos, sentiu-se sempre com ligeiros incommodos do estomago. Esteve ha 5 annos no inicio da doença, no hospital, donde sahiu melhorada.

### *Antecedentes pessoasas :*

Foi sempre anemica. Teve um embaraço gastrico ha 12 annos; ictericia ha 2 mezes.

### *Antecedentes hereditarios :*

Pai morreu duma pneumonia, seguida d'antrax. A mãe morreu subitamente. Tem uma irmã que soffre do estomago e do peito, e mais seis saudaveis.

### *Evolução :*

A doença resistiu sempre ao tratamento proprio. A reacção de Wassermann foi positiva. Fazendo-se então o tratamento especifico.

### *Diagnosticos :*

Gastrite chronica ulcerosa.

*Tratamento:*

23 de Maio — Subnitrato de bismutho.

3 de Junho — Injecções de benzoato de mercurio.

14 de Junho — Condurango.

1 de Julho — Iodeto de potassio — 10 gr.

4 » » — » » » — 20 gr.

## SYMPTOMATOLOGIA

Nas perturbações digestivas da syphilis tres problemas se podem considerar:

1.º a existencia de lesões syphiliticas no estomago;

2.º manifestações no estomago, dependentes da syphilis noutro órgão;

3.º a existencia de gastropathias nos syphiliticos.

É do primeiro problema que trata este assumpto.

As gastropathias syphiliticas podem apparecer nos tres periodos.

No periodo primario, apparecem os seguintes symptomas: sensação de plenitude com os alimentos, anorexia, vomitos, nauseas e outros symptomas proprios duma infecção grave aguda, podendo até simular uma febre typhoide attenuada.

No periodo secundario, apparecem estes symptomas, sendo os vomitos mais persistentes, e mais: exagero do appetite, gastralgias, ictericia, polydipsia e polyuria.

No periodo terciario, ha a considerar dois casos: ou a lesão está no estomago, ou este se queixa de lesão noutro órgão, variando deste modo os symptomas gastricos, ficando o estomago subordinado ás perturbações do órgão lesado.

— Quando a lesão está no estomago, quatro typos clinicos se podem dar:



- 1.º *Gastropathias simples.*
- 2.º       »       *ulcerosas.*
- 3.º       »       *estenosicas.*
- 4.º       »       *tumoraes.*

Vejamos os caracteres que differenciam estas quatro formas.

#### **Gastropathias simples**

Anorexia ou appetite dependente do estado das mucosas e glandulas;  
intolerancia para os alimentos;  
dilatação;  
hypopesia ou podendo fazer o syndroma de Reichmann.

#### **Gastropathias ulcerosas**

Todos os caracteres proprios da ulcera redonda: vomitos, hemateméses, melenas, anemia.

#### **Gastropathias estenosicas**

Póde apresentar duas formas: *Pylorica* com dilatação e *bilocular*, na região medio-gastrica.

Ambas apresentam os caracteres da estenose gastrica.

#### **Gastropathia tumoral**

Anorexia;  
anachlorhydria;  
melena;  
ganglios;  
digestões difficilimas;  
cachexia accentuada;  
hemateméses e dôres.

## DIAGNOSTICO

Das observações conclue-se o seguinte:  
que dos 4 typos clinicos apresentados, é a gastropathia ulcerosa, a mais frequente;  
que juntamente com manifestações gastricas da syphilis noutro órgão, póde haver uma gastrite syphilitica;  
e que os symptomas das gastrites syphiliticas não differem das outras gastrites.

Portanto, nestes casos, ter-se-ha de se conduzir da seguinte forma para o diagnostico:

1.º decidir se o doente é ou não portador duma lesão do estomago; se a pathologia gastrica é uma dependencia da syphilis; sendo o padecimento no estomago dependente da syphilis, se é da syphilis no estomago ou da syphilis noutro órgão; se a lesão syphilitica fôr no estomago, em que periodo será;

2.º lançar mão, afim de verificar a natureza syphilitica da gastropathia, dos seguintes elementos:

antecedentes do doente, quer pessoaes, quer hereditarios;  
existencia de manifestações actuaes da syphilis, ou anteriores;

ausencia de intoxicações ou irritações alimentares;  
longa duração da doença;  
sua tenacidade e inefficacia dos medicamentos e regimens adequados ás gastropathias;  
exarcebação nocturna do padecimento;  
a reacção de Wassermann;  
a prova medicamentosa.

## PROGNOSTICO

O prognostico fica dependente da duração do padecimento, contudo pode dizer-se que a localisação gastrica da syphilis é de prognostico favoravel.



## LESÕES

As lesões gastricas da syphilis são variadas; gommæ, perierites, endarterites, dando as lesões vasculares, pela affinidade que a syphilis tem para os vasos, hemorragias mais frequentes e mais abundantes que com qualquer outra etiologia, o que é um elemento importante para o diagnostico.

As ulcerações são mais frequentes no cardia que no pyloro; apparecem uma ou mais, mas em geral, uma. Em virtude da tendencia fibrosa da cicatrisação destas lesões, se ellas se fazem no cardia ou no pyloro, resultará d'ahi uma estenose cardiaca ou pylorica, d'origem syphilitica.

Na forma tumoral o processo não começa pela mucosa, mas pelo tecido conjunctivo, fazendo uma retracção que lhe pode dar duas formas: *estenosica* e *bilocular*.

### Influencia do tratamento

Todos os preparados antisymphiliticos (iodetos, mercuriaes, arsenicaes) servem para obter bons resultados nas gastropathias syphiliticas. De facto os doentes das minhas observações, depressa começaram a gosar os effeitos do iodeto de potassio e saes de mercurio, melhorando a ponto de desaparecer toda a symptomatologia gastrica e foi a acção therapeutica a prova mais evidente da syphilis gastrica. Mesmo nos casos de symptomatologia nervosa, ao passo que esta persistia, a gastropathia curava.

Deve finalmente o tratamento obedecer ás tres regras seguintes:

- 1.º—accudir aos symptomas alarmantes d'ocasião;
- 2.º—accomodar ao estomago o regimen alimentar, segundo as manifestações que apresenta;
- 3.º—applicar o tratamento antisymphilitico, sendo a via gastrica, o mais poupada.

# Proposições

---

**Anatomia descriptiva.**—A analogia entre os membros abdominal e thoracico, é perfeita.

**Anatomia pathologica.**—Na pathologia da inflamação, cabe o principal papel, á diapedése dos leucocyts.

**Therapeutica.**—A lavagem do estomago faz parte essencial da sua therapeutica.

**Operações.**—Um bom operador não prescinde de ser um bom medico.

**Medicina.**—A chlorose deve ter uma natureza bacteriana.

**Cirurgia.**—Uma fractura simples não é isenta de perigos.

**Hygiene.**—O encurtamento da vida é a falta de hygiene.

**Obstetricia.**—O parto provocado methodicamente rapido, tem a indicação absoluta na eclampsia confirmada.

**Medicina legal.**—O casamento d'um syphilitico não se devia fazer, sem auctorisação do medico.

---

Visto,

THIAGO D'ALMEIDA.

Póde imprimir-se,

MAXIMIANO DE LEMOS.



## BIBLIOGRAPHIA

---

**A. Fournier** — *Traité de la syphilis.*

**Prof. Thiago d'Almeida** — *Lições clinicas* (917-918).